

Oficina de Atención Médica Primaria y Especializada
Solicitud de beneficios del programa

Este formulario puede usarse para solicitar beneficios del Programa de Servicios de Atención Médica Primaria (PHC), el Programa de Pago por Servicio del Título V o el Programa de Servicios para la Epilepsia.

Sección I. Información del solicitante

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Grupo étnico o racial	
Domicilio (calle, número de apartamento o apartado postal)	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Teléfono del hogar con código de área		Teléfono celular con código de área		
Dirección de correo electrónico				

Preferencias de contacto

Las siguientes preguntas son opcionales y no afectan su derecho a los beneficios.

Método de contacto preferido (Marque todos los que apliquen). Correo electrónico Teléfono Correo postal

¿Qué idioma prefiere hablar? Inglés Español Otro _____

¿En qué idioma prefiere la correspondencia? Inglés Español Otro _____

Al marcar esta casilla, autorizo a mi proveedor de atención médica a comunicarse conmigo por mensajes de voz o de texto al número de teléfono celular indicado.

¿Tiene una necesidad médica inmediata? Sí No

Información importante para veteranos: Las mujeres y los hombres que hayan servido en cualquier rama de los cuerpos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluidos el Ejército, la Armada, el Cuerpo de Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el Cuerpo de Reservistas o la Guardia Nacional) podrían tener derecho a recibir beneficios y servicios adicionales. Para más información, visite el Portal para veteranos de Texas en: <https://veterans.portal.texas.gov>.

¿Es usted veterano? Sí No

Sección II. Información sobre el hogar

Número de miembros del hogar: _____

El número de personas incluye a usted y a cualquier persona que viva con usted y de quien usted sea responsable legalmente. Los menores de edad deben anotar a sus padres o tutores legales:

Miembros del hogar (incluido el solicitante principal)

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Grupo racial o étnico	Relación	¿Tiene cobertura integral de atención médica? (Sí/No)*
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

* Los programas de cobertura integral de atención médica pueden ser Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), beneficios para veteranos, TRICARE, seguro privado, etc. Un representante autorizado del programa presentará una solicitud de reembolso de su seguro por cualquier beneficio, servicio o asistencia recibidos por el miembro con cobertura integral.

¿Tiene usted o alguno de los miembros de su hogar alguna circunstancia especial? Sí No

Si respondió "Sí", dé una explicación detallada de las circunstancias especiales:

Sección III. Otros beneficios

Marque todos los beneficios que recibe:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) Perinatal | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) | <input type="checkbox"/> Medicaid para mujeres embarazadas |
| <input type="checkbox"/> Healthy Texas Women (HTW) | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos |

¿Fue remitido a la atención médica primaria por un proveedor de Healthy Texas Women? Sí No

Sección IV. Confirmación

Declaro que según mi leal saber y entender todas las declaraciones que he hecho, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, son correctas y verdaderas. Me comprometo a dar al personal de verificación de requisitos cualquier información necesaria para comprobar las declaraciones sobre mi derecho a los servicios. Quedo enterado de que, si proporciono información falsa, podría ser excluido del programa o tendría que reembolsar el costo de los servicios.

Aviso sobre la confidencialidad

Salvo en contadas excepciones, usted tiene derecho a pedir una copia de la información que el estado de Texas recopile sobre usted. Tiene derecho a obtener y revisar esos datos cuando usted lo pida. Usted también tiene derecho a pedir que el departamento estatal corrija cualquier información que usted considere incorrecta. (Secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental)

Aceptación del solicitante

Entiendo que esta solicitud es un documento legal y que al firmarla doy fe de que, hasta donde yo sé, toda la información que he proporcionado es correcta y verdadera. Entiendo que dar información falsa podría llevar a ser descalificado del programa o a tener que reembolsar el costo de los servicios recibidos, y que si se aprueba que reciba los servicios del programa debo cumplir con sus normas, entre ellas el seguir cumpliendo los requisitos y el cumplir todas las demás responsabilidades de los beneficiarios.

Declaración sobre la divulgación de información

Autorizo la divulgación de información médica y de ingresos entre la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas y el proveedor, según sea necesario, para determinar mi derecho a los servicios, coordinarlos, prestarlos y cobrar por ellos.

Certificación de la cobertura

Certifico que yo, el solicitante, no tengo ninguna otra cobertura aparte de las que se indican en la sección de información sobre el seguro de esta solicitud. Autorizo al programa a que cobre a las fuentes de cobertura indicadas cualquier servicio prestado.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Relación con el solicitante _____

Firma de la persona que está ayudando al solicitante _____

Fecha _____

For Facility Office Use Only (El resto del formulario es solo para uso de la oficina)

Name of Applicant	Type of Determination <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Re-Certification	Client/Case No.
Case Record Action <input type="radio"/> Approved <input type="radio"/> Presumptive Supplemental Denied	Eligibility Effective Date	

Section VII. Contractor Eligibility Certification

Eligibility Effective Date: _____

1. Are all household members eligible as Texas residents? Yes No

2. Net Countable Monthly Household Income: _____

3. Household Federal Poverty Level: _____

4a. Proof of Income: Yes Waived

4b. Reason for Waiver of Proof of Income: _____

5. Verification of Adjunctive Eligibility (PHC only): Yes No N/A

6a. Identified if Potentially Eligible or Ineligible for Other Benefits:

Medicare Medicaid CHIP Private insurance VA benefits TRICARE HTW FP BCCS

6b. Assisted with Application for Other Programs: Yes No

7. Presumptive Eligibility: Yes No N/A

8. Presumptive Eligibility End Date: _____

Copayment Amount (if applicable): Primary Health Care Services Program _____
Title V Fee-For-Service Program _____
Epilepsy Program _____

Notes:

Name of Facility

Facility/Staff Member Signature

Date

Form should be kept with client's record. Form should not be submitted to state office.